

# 生活情報シート (記入日： 年 月 日)

## ◆対象者について

氏名				様
記入者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他 (名称： )
世帯	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> その他	

## ◆介護・生活の状況について

介護	<b>介護認定</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <b>担当ケアマネジャー</b> <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 事業所名： 担当者名： 電話番号：
	<input type="checkbox"/> 1日3食食べている <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい <input type="checkbox"/> お茶や汁物でむせることがある
外出 (移動)	<input type="checkbox"/> 週に1回以上外出している <input type="checkbox"/> この1年間に転んだことがある
お薬	<b>お薬はどなたが管理していますか</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <b>困っていることはありますか</b> <input type="checkbox"/> 飲みにくい <input type="checkbox"/> 種類が多い <input type="checkbox"/> その他
サポート	<b>体調が悪いときに身近に相談できる人はいますか</b> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

※薬剤師確認欄

上記の内容を確認しました



作成：佐倉市薬剤師会・佐倉市

# 生活情報シート (記入日： 年 月 日)

## ◆対象者について

氏名				様
記入者	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> その他 (名称： )
世帯	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし	<input type="checkbox"/> 家族と同居	<input type="checkbox"/> その他	

## ◆介護・生活の状況について

介護	<b>介護認定</b> <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> あり (要支援1・2 要介護1・2・3・4・5) <b>担当ケアマネジャー</b> <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> いる 事業所名： 担当者名： 電話番号：
	<input type="checkbox"/> 1日3食食べている <input type="checkbox"/> 飲み込みづらい <input type="checkbox"/> お茶や汁物でむせることがある
外出 (移動)	<input type="checkbox"/> 週に1回以上外出している <input type="checkbox"/> この1年間に転んだことがある
お薬	<b>お薬はどなたが管理していますか</b> <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <b>困っていることはありますか</b> <input type="checkbox"/> 飲みにくい <input type="checkbox"/> 種類が多い <input type="checkbox"/> その他
サポート	<b>体調が悪いときに身近に相談できる人はいますか</b> <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない

※薬剤師確認欄

上記の内容を確認しました



作成：佐倉市薬剤師会・佐倉市